Przypadek promienicy płuc i klatki piersiowej.[1])

Napisał

Dr. R. Barącz we Lwowie.

Ponieważ w maju zeszłego roku miałem sposobność obserwować pierwszy przypadek promienicy płuc i klatki piersiowej we wschodniéj Galicyi, a nadto przypadek ten rzuca pewne światło na etyjologiję promienicy płuc, niech mi będzie wolno podać tu szczegóły tego przypadku.

Wojciech Jóżków, 45-letni wieśniak z Nowosiółki (koło Skałatu), zgłosił się do mnie 30 maja 1890 r. z przyczyny ropiejącego obrzęku na klatce piersiowéj.

Z wywiadów dowiedziałem się co następuje: Obecna choroba rozpoczęła się z końcem grudnia roku zeszłego od bólu gardła, silnéj gorączki i równoczesnego znacznego obrzęku szyi; chory wtedy nie mógł przez tydzień łykać stałych pokarmów, a tylko z wielką trudnością łykał pokarmy płynne. Po tygodniu obrzęk na szyi miał sklęsnąć i łykanie pokarmów było odtąd coraz łatwiejszem. Według podania od 4 tygodni ma obrzęki na klatce piersiowéj i po prawéj stronie szyi. Od zimy silnie kaszle. Od 2 tygodni cieczenie z obrzęków na szyi i na klatce piersiowéj. Ma częstą styczność z bydłem; sypia na słomie w stajni krów, które mają być zdrowe. Chory pije nałogowo.

---

[1]) Wykład miany na II. Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie w lipcu 1890.

Badanie dnia 30/5 1890 wykazało: niskiego wzrostu, dość licho zbudowany, dobrze odżywiony; cera twarzy żółta, wyraz twarzy mocno cierpiący, oddech przyspieszony. Dziąsła i wargi lekko sinawo zabarwione, białkówki modre. Zęby zdrowe, migdałki nie okazują nieprawidłowości. Na szyi po prawéj stronie w okolicy dolnéj części mięśnia mostkoobojczykowego obrzęk płaski, prawie deskowato twardy, nie bardzo ostro odgraniczony, przechodzący na 2 ctm. po za linię środkową na drugą stronę szyi. Skóra tego obrzęku jest lekko zaczerwieniona, obrzęk sam jest mało ruchomy, a na szczycie jego znajduje się miejsce rozmiękłe, wyraźnie chełboczące, wielkości orzecha włoskiego, pokryte pęcherzykami zlewającemi się, wypełnionemi cieczą surowiczą. W środku miejsca chełboczącego znajduje się przetoka prowadząca do jamy ropnia. Na zewnątrz od tego obrzęku znajduje się ropień wielkości sporéj cytryny, chełboczący, zajmujący prawą okolicę nadobojczykową, o skórze prawidłowéj. W odległości 1 ctm. nad obojczykiem znajduje się w środku ostatniego ropnia przetoka, prowadząca na zewnątrz do podminowanéj, sino zabarwionéj skóry, od wewnątrz zaś komunikująca z ropniem pierwéj opisanym. Za pociśnięciem ropni wydobywa się z przetok ropa żółto zabarwiona, ciągnąca się, w któréj pływa mnóstwo grudek wielkości maku, cytrynowo zabarwionych. Z obrzękiem szyi zaczerwienionym stoi w związku rozległy obrzęk przedniéj ściany klatki piersiowéj. Obrzęk ten jest płaski, deskowato twardy, zaczerwieniony i sięga z jednéj strony od łuku jarzmowego do końca mostka, z drugiéj strony od jednéj brodawki piersiowéj do drugiéj; obrzęk ten ma zatem kształt czworoboku. Jest on nad kością mostkową i miejscem przyczepu żeber do tegoż nieprzesuwalny; granice obrzęku tego są rozlane, a zaczerwienienie przechodzi nieznacznie w skórę prawidłową. W dolnéj części deskowatego obrzęku na klatce piersiowéj, w środku tegoż, znajduje się ropień podłużny, płaski, falisty, poprzegradzany głębszemi i płytszemi rowkami, około 10 ctm. długi, a 5 ctm. szeroki; w kilku miejscach tegoż znajdują się przetoki prowadzące wszędzie do obnażonego mostka tak, że cała dolna połowa mostka jest obnażona i chropawa; zgłębnik wchodzi przy tem 3 ctm. w głąb. Z przetok ropnia na klatce piersiowéj wydobywa się obficie podobna ropa, jak z ropni szyjowych z mnóstwem cytrynowych grudek.

Ponieważ i plwociny, które chory podczas badania zewnętrznego odkrztusił, zawierały obficie podobne grudki, co i ropa z obrzęków na szyi i klatki piersiowéj pochodząca,

rozpoznanie nie ulegało tu prawie wątpliwości, że rozchodzi się o promienicę płuc i klatki piersiowéj, co też wkrótce badaniem drobnowidowem stwierdzono.

Badanie płuca wykazało: zupełne stłumienie odgłosu wypukowego z tyłu po stronie prawéj w szczycie sięgające do połowy łopatki; opukiwanie z przodu dla znacznéj bolesności obrzęku było utrudnione, jednak i tu stwierdzić można w szczycie stłumienie sięgające do sutka. W dolnych częściach płuca prawego odgłos wypukowy jest wszędzie znacznie przytłumiony; granice przy wdechach nieruchome. Przy osłuchiwaniu szczytu prawego z tyłu i z przodu oddech słabo oskrzelowy, a nadto z przodu liczne dźwięczne średniobańkowe rzężenia, z tyłu wyraźne tarcie opłucnowe aż do połowy łopatki. Wdech i wydech w dole płuca prawego, osobliwie w pasze, prawie niesłyszalny.

W plwocinach lepkich, szarawo-żółto zabarwionych znaleziono obfitą ilość szaro zabarwionych krągłych grudek, większych od maku, dochodzących nieraz do wielkości ziarna prosa. Grudki, tak pochodzące z ropni na szyi i klatki piersiowéj, jak i z plwocin, okazywały pod drobnowidem charakterystyczny obraz promienicy, odosobnione *actinomyces* jak i kolonije tychże, osobliwie pałki były bardzo dobrze rozwinięte i przedstawiały często palczaste postacie; natomiast *mycelium* było bardzo słabo rozwinięte i przedstawiało się po zabarwieniu grudek sposobem Grama w postaci krótkich zgiętych, z drobniutkich ziarenek złożonych nici, gdzieniegdzie źle zabarwionych. Niektóre grudki, osobliwie z plwocin pochodzące, przedstawiały pod drobnowidem bryłki bezpostaciowe, cytrynowo lub też brunatnawo-szaro zabarwione, o cechującym promienicę układzie; były to grudki zwapniałe, takowe nie dawały się odwapniać rozczynem kwasu solnego i nie barwiły się sposobem Grama.

Rozpoznanie brzmiało: *Actinomycosis lobi superioris pulmonis dextri. Caverna actinomycotica apicis pulmonis dextri. Pleuritis, peripleuritis chronica adhaesiva dextra. Pleuritis partis posterioris lobi superioris pulmonis dextri recens. Abscessus consecutivi fistulosi regionis sterni et colli lateris dextri.*

Krótka obserwacyja tego przypadku była następująca: 2/6 chory w nocy nie spał. Ropień na klatce piersiowéj więcéj płaski, skóra w dolnéj części ropnia na przestrzeni centa obumarła, pergaminowo-żółto zabarwiona. W nocy tak z ropnia na szyi, jak i na klatce piersiowéj odpłynąć miało dużo ropy. Okolica prawego mięśnia piersiowego

większego wypuklona znacznie w porównaniu ze stroną lewą, a przy omacywaniu obrzęk ten przedstawia się ciastowato-sprężysty; w głębi czuć niewyraźne chełbotanie, również zauważono ciastowaty obrzęk okolicy nadobojczykowej prawéj. Skąpa ilość wydzieliny ropnéj i grudek. *Actinomyces* w plwocinach.

3/6. Chory czuje się zdrowszym, spał w nocy, ropień na mostku bardziéj płaski. Obrzęk mięśnia piersiowego prawego większego zmalał, również ciastowaty obrzęk nad obojczykiem prawym. Skóra ropnia nad mostkiem przybrała w całości zabarwienie pergaminowo-żółte.

Celem usunięcia ognisk zewnętrznych i otwarcia ewentualnego kawerny płucnéj przystąpiono 3/6 do operacyi, mając w planie resekcyję kostki mostkowéj. W narkozie chloroformowéj okrążono cięciem owalnem brzegi owrzodzenia aż do kości mostka i wycięto części obumarłe. Po przedłużeniu cięć ku górze blisko dołka jarzmowego, a ku dołowi blisko końca wyrostka mieczykowego oddzielono za pomocą raspatora okostnę i wielką łyżką ostrą wyskrobano kruchą granulacyjami zniszczoną kość prawie aż do tylnéj blaszki twardéj, niepodatnéj. Przetoki prowadzącéj do jamy opłucnowéj nie znaleziono. Bardzo znaczny krwotok żylny z kości wstrzymano wytamponowaniem gazą jodoformową. Ropień w dolnéj części mięśnia obojczyko-sutkowego przecięto i wyskrobano; jama wypełniona granulacyjami sięgała głęboko pod mięsień do pochwy głównych naczyń szyi. Również otwarto i wyskrobano drugi ropień nadobojczykowy. Oba ropnie szyjne nie komunikowały z sobą ani też z ropniem w kości mostkowéj. Wystrzykanie olbrzymiéj jamy w mostku sublimatem i wytampowanie gazą sublimatowa. Opatrunek uciskowy. Po operacyi chory niedokrewny, tętno 120.

4/6. Chory ma się względnie dobrze, ma apetyt, jednak kaszle silniéj. Poszukiwanie w plwocinach grzybu daje wynik ujemny. Ciepłota wieczorna 38, tętno 120.

5/6. Rano ciepłota 38·2, tętno 120, oddech charczący; chory z powodu bezsenności osłabiony. Wieczorem ciepłota 37·2, tętno 120. Zmiana opatrunku. Badanie plwocin w dniach 6/6, 7/6, 8/6 daje wynik ujemny.

8/6. Znaczna duszność. Chory pijany, mimo zakazu wypił $^1/_4$ litra wódki.

9/6 o godz. 5 rano *exitus letalis.*

S e k c y j a z przyczyn odemnie niezależnych odbyła się dopiero dnia 11/6 o godz. 10 z rana, a więc w 54 godzin po śmierci, wskutek czego gnicie zwłok bardzo znacznie

postąpiło. Sekcyję wykonał prof. Dr. F e i g e l i udzielił mi protokółu, z którego najważniejsze szczegóły przytaczam.

Mężczyzna wzrostu małego, krępéj budowy ciała, odżywiony dobrze. N a s k ó r z e całego ciała objawy gnicia. W m ó z g u oprócz nastrzykania żył w oponach miękkich znaleziono co następuje: Na saméj powierzchni istoty korowéj, tuż pod oponami miękkiemi napotkano 6—8 pęcherzyków wielkości soczewicy, kształtu okrągłego lub jajowatego, wypełnione mętnym płynem i z łatwością dające się wyłuszczyć z otoczenia. Jeden torbielek taki nieco miększy od innych wisi na zewnętrznéj powierzchni opony twardéj, w okolicy przedniéj części zatoki sierpowatéj. Torbielki te badane pod drobnowidem okazały się jako w ą g r o w c e (*cysticercus cellulosae*).

S z y j a. Cała szyja jest podobnie jak twarz, tylko w wyższym stopniu i to przeważnie z prawéj strony obrzmiała i obrzękła; jakoż pod palcami czuć pod skórą części miękkie jednostajnie obrzmiałe, twardo i miękko sprężyste, nad obojczykiem prawym w postaci wału wzniesione. Obrzmienie to przechodzi i na całą górną, prawą, przednią powierzchnię klatki piersiowéj, któréj skóra jest widocznie wzniesioną; dotykiem zaś stwierdzić można, że części miękkie, podskórne, aż do płaszczyzny żeber są obrzmiałe, twardo elastyczne tak, że po ucisku nawet dłużéj trwającym nie widać pozostającego zagłębienia w skórze. Po odpreparowaniu skóry spostrzega się gruczoły chłonne z prawéj strony szyi znacznie powiększone, blade, dość zbite; mięśnie blade łykowate; tkanka natomiast okołonaczyniowa, międzymięśniowa i podskórna naciekła, zgrubiała i przeobrażona w utkanie twardo sprężyste, blado-żółtawe, jest przyczyną główną opisanego obrzmienia szyi.

Oględziny j a m y u s t, k r t a n i i t c h a w i c y nie wykazują zmian godnych uwagi. Z ę b y zdrowe, dziąsła zdrowe, blade. Błona śluzowa jamy ust, krtani, tchawicy i połyku gładka, blada, bez zmian patologicznych, również m i g d a ł k i.

K l a t k a p i e r s i o w a. W okolicy mostka począwszy od wysokości 3. żebra aż do wyrostka mieczykowatego w szerokości niemal całego mostka widać rozległy brak tak skóry, jak części miękkich podskórnych po dokonanéj za życia operacyi. Dno ubytku tego stanowi chropowata, licznemi blado-różowemi ziarninami pokryta kość mostkowa; brzegi takowego są spadziste, bladoróżowe, również brodawkowate, wydzielina z powierzchni i brzegów ubytku tego jest

bardzo skąpa, gęsta, ropiasta, bladożółta. Kość mostkowa wyraźnie rozmiękczona tak, że miejscami zgłębnik daje się zapuszczać w dno kostne do pewnéj głębokości. W górnéj części tego ubytku na wysokości 3—4 żebra prowadzi nadto kilka cieniutkich, prawie włoskowatych przetok do rozmiękłéj i chropowatéj rękojeści mostka; kilka zaś innych takich przetok prowadzi do górnych bocznych części opłucny prawéj, przylegających do prawego brzegu mostka, a to do rozmaitéj głębokości, dochodzącéj od 6—8 ctm.

Po odpreparowaniu skóry klatki piersiowéj spostrzegamy w tkance podskórnéj i międzymięśniowéj, zwłaszcza prawéj, górnéj części klatki piersiowéj naciek twardy, białawo szary, podobnie jak na szyi.

Po wyjęciu mostka widzimy, że obie blaszki opłucny płuca prawego odpowiednio do płatu płucnego górnego i średniego są ze sobą zupełnie zrośnięte. Utkanie opłucny przeobrażone tu jest w tarczę chrząstkowo twardą, szarobiaławą, dochodzącą grubości do $^3/_4$ ctm. i wyżéj tak, że płuco prawe wyjąć można było dopiero wycinając nożem błony te wrzekome od klatki piersiowéj, przyczem doznawało się znacznego oporu. W dolnych częściach płuca prawego odpowiednio do płatu dolnego opłucna płuc jest już tylko miernie zgrubiałą tkanką włóknistą do klatki piersiowéj przyczepioną tak, że za pomocą rąk oddzielić się daje od ostatniéj. Bliższe oględziny wykazują, że w owéj twardéj błonie w górnéj części płuca prawego znajdują się liczne, drobne ogniska wypełnione drobnawemi granulacyjami; najznaczniejsza część tych ognisk znajduje się zaś w tylnéj ścianie opłucny w wysokości 2—4 żebra prawego, gdzie i błony dochodzą do największéj grubości i najsilniéj są przyrośnięte do wewnętrznéj powierzchni żeber; przytem są one twardo sprężyste, szaro żółtawe, nadzwyczaj tęgie i odporne. Twarde, zbite to utkanie opłucny przechodzi przytem pod żebrami i pod obojczykiem wprost na podobne utkanie wyżéj opisane w prawéj połowie szyi się znajdujące, otaczając z przodu i z tyłu żebra i kość obojczykową prawą, których okostna jest znacznie zgrubiałą, twardą. Obnażone przy wycinaniu płuca i odłączaniu od klatki piersiowéj wewnętrzne powierzchnie górnych prawych żeber przedstawiają obfite narośle kostne *(exostoses)* ostre, kończyste na żebrach 1, 2, 3, 4 i 5, pomiędzy któremi powierzchnia żeber jest nadto nierówną, chropawą, drobnoziarnistą.

P ł u c o l e w e jest przyczepione do opłucny żebrowéj li tylko włóknistą, delikatną tkanką łączną, dającą się bez

większych trudności przerwać. Oba płuca wraz z językiem, krtanią, tchawicą, gardzielem i sercem wyjęto dla dokładniejszego zbadania.

Gardziel. Po przecięciu podłużnem tylnéj ściany gardziela znaleziono w przedniéj i bocznéj ścianie takowego na prawo od linii środkowéj, a w odległości 10 ctm. poniżéj nasady nagłośni w błonie śluzowéj tegoż otworek wielkości sporego prosa o brzegach zupełnie gładkich, lejkowato ku zewnętrznym warstwom połyku wciągniętych, a przytem szaro-łupkowo zabarwionych, podczas gdy w otoczeniu otworka tego i wszędzie indziéj błona śluzowa gardziela jest jasnoróżowa. Poprowadziwszy w otworek ten zgłębnik można takowy z łatwością wsunąć aż do głębokości 3—4 ctm. w kierunku na prawo i ku przodowi od gardziela. Po rozcięciu ostrożnem całéj téj przetoki widać, iż tworzy ona kanalik jednostajnie szeroki, średnicy około 0 2 ctm., otoczona zaś jest ścianami gładkiemi, dość zbitemi, szarołupkowo zabarwionemi, kończy się jamą okrągłą, rozległości sporego bobu, tuż przy ścianie głównego oskrzela płuca prawego, do którego jama ta przylega. Ściany jamy téj stanowi tkanka zbita, czarnołupkowa, treść zaś takowéj stanowi miazga miękka, czarno lub szarołupkowa, rozłażąca się. W miazdze téj znaleziono pod drobnowidem liczne grudki charakterystyczne, promienicowe. W otoczeniu najbliższem jamki téj widać licznie powiększone, czarnołupkowo zabarwione gruczoły oskrzelowe, mniéj lub więcéj rozmiękczone. W gardzielu nie znaleziono więcéj zmian chorobowych.

Błona śluzowa tchawicy była sinawo-czerwono zabarwiona, gładka, lekko zgrubiała, zresztą bez zmian głębszych.

Płuco prawe daleko mniejsze od płuca lewego: w dolnym płacie miąższ jego jest miękki, gąbczasty, podczas gdy w górnym i średnim płacie płuca prawego miąższ jest zbity, twardo-sprężysty, niepodatny, chrząstkowaty tak, że zaledwie nożem krajać się daje, przyczem czuć trzeszczenie jakby przy cięciu twardego ścięgna. Oskrzela otwarte nożyczkami od strony tchawicy okazały się mocno rozszerzone; błona śluzowa ich zgrubiała, szaro-łupkowa, pokryta gęstym śluzem, szaro zabarwionym. Drobniejsze oskrzela kończą się licznemi jamkami w miąższu płuca wielkości fasoli, bobu i grochu, wypełnionemi brudno-szarą, gęstą, lepkawą treścią, posiadającemi ściany przeważnie szklące, gładkie, szaro-łupkowo zabarwione, tu i owdzie tylko nierówne,

strzępiaste; otaczający zaś je miąższ płuc jest ciemno szaro-łupkowy, chrząstkowato twardy, bezpowietrzny. Po przekrojeniu płuca prawego, które wymagało wielkiéj siły, znaleziono i na powierzchni tychże przekrojów liczne jamki wielkości grochu lub bobu, wypełnione masami serowatemi, brudnoszaremi, tu i owdzie zaś miazgę mazistą, szaro-łupkową, w któréj zaraz po sekcyi znaleziono pod drobnowidem również liczne *actinomyces*.

W dolnym płacie oskrzela mniéj porozszerzane, błona śluzowa ich sinawo czerwona; miąższ płuc nieco tylko zbitszy, trzeszczący przy przekrawywaniu, powietrzny, przytem dość mocno przekrwiony.

Płuco lewe znacznie większe od prawego, nadmiernie powietrzem rozdęte, wszędzie zawiera powietrze; oskrzela jego nieco tylko rozszerzone okazują błonę śluzową lekko obrzękłą, sinawo-czerwoną, przytem znaczny stopień przekrwienia i ostrego zbrzęknięcia.

Worek sercowy w zupełności przyrośnięty zapomocą włóknistéj, zbitéj tkanki łącznéj do osierdzia sercowego tak, że obie blaszki z trudnością tylko oddzielić się dały. Serce okazało się przytem prawidłowo wielkie, mięsień sercowy blado żółtawy, kruchy; zastawki prawidłowe, ściany aorty okazują lekki stopień miażdżycy.

Wielkie gruczoły brzucha: śledziona, wątroba i nerki nie okazują prócz miernego stopnia stłuszczenia, jakoteż surowiczego przesiąknięcia miąższów żadnéj ważniejszéj zmiany patologicznéj; podobnie pęcherz moczowy i narządy płciowe.

Żołądek i jelita są blade.

Diagnosis anatomica: Actinomycosis pulmonis dextri. Induratio chronica fibrosa lobi superioris et medii pulmonis dextri, oedema lobi inferioris. Cavernae actinomycoticae apicis pulmonis dextri. Pleuritis chronica adhaesiva (pseudomembranae callosae) regionis apicis pulmonis dextri. Fistula oesophagi in glandulas retrobronchiales et in pseudomembranas pleurae lateris dextri tendens. Concretio cordis cum pericardio. Caries costarum I, II, III, IV et V, lateris dextri (Exostoses costarum). Abscessus actinomycotici fistulosi colli lateris dextri et sterni. Caries sterni actinomycotica. Cysticerci cellulosae dispersi cerebri.

Przypadek nasz wyszczególnia się pod wieloma względami od przypadków promienicy płuc dotychczas obserwowanych. Jak wiadomo, przypuszczano ogólnie dwie drogi wniknięcia grzybka promieniczego do płuc; takowy dostać się może do

płuc albo przez aspiracyję z jamy ust, a względnie z powietrza wdychanego (I. Israel), albo też drogą gardziela (Ponfick, Soltmann). Za ostatnią możliwością przemawiały dotąd jedynie 2 przypadki; przypadek Ponficka[1]) i przypadek Soltmanna[2]). — W przypadku Ponficka znaleziono przy sekcyi na tylnéj ścianie gardziela przetokę prowadzącą do ogniska ropnego promienicowego w tkance przedkręgowéj, obok zmian promieniczych w miąższu płuca.

Przypadek Soltmanna był następujący:

11-letni chłopiec połknął kłos, *hordeum murinum*. Wkrótce potem trudności połykowe, bóle w połyku, krwioplucie. Przemijające ustąpienie bólów. Wkrótce na nowo ból w połyku rozpromieniający ku stronie prawéj grzbietu. Tu wytworzył się ropień, z którego wydobyto kawałek przedtem połkniętego kłosa. Wśród wytwarzania się coraz to nowych ropni po prawéj stronie klatki piersiowéj, kaszlu, wychudnienia i utrudnienia oddechania śmierć w 1½ roku od czasu połknięcia kłosa. Sekcyją stwierdzono znaczne zmiany promienicowe w kręgach, w tkance przedkręgowéj i opłucny prawéj, również karnifikacyję obu dolnych płatów prawego płuca. Wprawdzie w przypadku tym nie napotkano w gardzielu ani przetoki ani blizny, jednak przebieg kliniczny przemawia, że grzybek promieniczy wniknął w tym przypadku z połkniętym kłosem.

Mój przypadek jest nowym dowodem możności powstania sprawy promienicowéj w płucu drogą gardziela. W moim przypadku rozpoczęła się choroba od bólu gardła, obrzęku szyi i niemożności łykania pokarmów stałych a sekcyja wykonana w 5 miesięcy potem stwierdziła na przedniéj ścianie gardziela (w odległości 10 centim. od nagłośni) przetokę drążącą blisko głównego oskrzela prawego i gruczołów oskrzelowych, t. j. blisko wnęki płuca prawego, do jamy otoczonéj twardem, bliznowatem utkaniem. Cały przebieg kliniczny tego

---

[1]) *Breslauer ärztliche Zeitschrift* 1885, Nr. 30 i ref. w *Centralbl. für Chirurgie* 1885, str. 316.

[2]) *Breslauer ärztliche Zeitschrift* 1885, Nr. 3, str. 32 i 33 i *Jahresbericht f. Kinderheilkunde* Tom 24, 1888, str. 129 i nast.

przypadku oraz zmiany napotkane przy sekcyi, przemawiają w wysokim stopniu za tem, że choroba wzięła tu początek z gardziela, i że przez przeniknięcie ścian tegoż grzybek promienicy dostał się do miąższu płucnego.

Co do sposobu zarażenia się nie mamy w tym przypadku żadnych pewnych danych. Grzybek mógł wniknąć tu do gardziela z jakimś pokarmem roślinnym, być może żdżbłem. Również podnieść muszę okoliczność, że chory sypiał często w stajni krów na słomie i sianie i że we wsi, z któréj pochodził, panować miała przed rokiem choroba u bydła rogatego, objawiająca się guzami na szczęce.

Przypadek nasz jest i z tego względu ciekawy, że choroba rozwinęła się w obu płatach górnych płuca, a płat dolny nie okazywał żadnych charakterystycznych zmian.

Przypadek nasz wspólnie z przypadkami Lindta[1]), Petrowa[2]) i Moosbruggera[3]) dowodzą dosadnie, że choroba rozwinąć się może wyłącznie w górnych płatach, a względnie w szczycie jednego lub obu płuc i że mylne jest zdanie I. Israela[4]) i Partscha[5]), jakoby szczyty płuc były oszczędzane przez grzybek promieniczy, i w tem leżała różnica rozpoznawcza promienicy od gruźlicy płuc. Podobnie jak gruźlica płuc może się pierwotnie rozwinąć w dolnym płacie, tak samo może i ognisko promienicze rozwinąć się pierwotnie w szczycie, a względnie w górnych płatach płuc i ztąd posunąć się ku dołowi.

Również podnieść muszę w naszym przypadku brak zapadnięcia choréj strony klatki piersiowéj (*retrecissement de la poitrine*), pomimo rozległości zmian i póżnego okresu choroby, który to objaw uważa I. Israel obok zapalenia opłucny, jako cechujący promienicę płuc

---

[1]) *Correspondenzblatt f. schweizer Aerzte* 1889, Nr. 9, str. 262 i ref. w *Centralbl. f. klin. Medicin* T. 48.

[2]) *Berlin. klin. Wochschrft* 1888, Nr. 27, str. 531.

[3]) *Bruns Beiträge zur klin. Chirurgic* 1886, Tom II, zeszyt II, str. 384 i nast.

[4]) *Klinische Beiträge zur Kenntniss der Aktinomycose des Menschen.* Berlin 1885, str. 84 i 85.

[5]) *Die Actinomycose des Menschen. Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge*, Nr. 306 i 307, str. 2871.

w późniejszych okresach choroby. Możliwem jest jednak, że znaczny obrzęk części miękkich klatki piersiowéj maskował tu w każdym razie bardzo nieznaczne zapadnięcie klatki piersiowéj.

W przypadku naszym można z wielkiem prawdopodobieństwem oznaczyć czas trwania choroby. Jeżeli początek choroby odniesiemy do objawów zapalenia połyku (z końcem grudnia 1889), za czem przemawia okoliczność, że chory przedtem czuł się zupełnie zdrowym, to do wytworzenia się ognisk na klatce piersiowéj potrzeba było czasu 4 miesięcy, a do otwarcia samoistnego tych ognisk czasu jednego miesiąca; od początkowych objawów do zejścia śmiertelnego upłynęło zatem 5 miesięcy. Przypadek nasz odznaczał się zatem niezwykle szybkim przebiegiem w porównaniu z innemi przypadkami odnośnemi.

Co się tyczy grudek tak pochodzących z ropni szyjnych i klatki piersiowéj, jak i z plwocin, to takowe przedstawiały obraz drobnowidowy odmienny od obrazu w znanych przypadkach promienicy płuc. Podczas gdy zazwyczaj *mycelium* było bardziéj wykształcone w dotąd obserwowanych przypadkach, w naszym pałki odznaczały się niezwykłym rozwojem, natomiast *mycelium* przedstawiało się po zabarwieniu sposobem Grama w postaci krótkich, cieniuchnych, z ziarenek pojedynczych złożonych nici. W żadnym preparacie nie mogliśmy wykazać długich, dichotomicznie dzielących się nici. Nitki te porównane z preparatami pochodzącemi z innych przypadków promienicy odpowiadały zupełnie budową swą nitkom grzybka promienicowego. Prawdopodobnie w naszym przypadku rozchodziło się o późny okres rozwoju, o „stan degeneracyjny“ tworów promienicowych.

Co się tyczy częstości pojawiania się grudek promienicznych w plwocinach, zrobiłem spostrzeżenie, że takowe tylko co kilka dni wykazać można było i to z początku w znacznéj, późniéj w skąpéj ilości. Spostrzeżenie to nie zgadza się ze spostrzeżeniem Lakera[1]), który przez kilka miesięcy znajdował codziennie regularnie znaczną ilość grudek. Sprzeczność tę tłómaczę sobie w ten sposób, że prawdopodobnie w przypadku Lakera ogniska promienicze w miąższu płucnym komunikowały z większem oskrzelem i że

---

[1]) *Beitrag zur Charakteristik der primären Lungenactinomycose, Wien. med. Presse* 1889, Nr. 26, 27 i 28.

sprawa w płucach musiała być świeższą. W każdym razie nie można przypuścić na podstawie mojego spostrzeżenia jako objawu stałego trwałą obecność grudek w plwocinach.

Wreszcie muszę się usprawiedliwić, dlaczego w moim przypadku próbowałem przedsięwziąć operacyję. Zachęciły mnie do tego korzystne wyniki przedtem operowanych przypadków promienicy zewnętrznéj, i usilne upominanie się o to chorego; myślałem przytem, że jakkolwiek choroby może nie uleczy się przez to trwale, to może przez wypróżnienie kawerny, a tem samem wydalenie znacznéj części grzybków promienicowych z ustroju, przedłużyć będzie można choremu życie. Ropnie na szyi i mostku wskazywały mi zresztą dążność ustroju do eliminacyi ognisk promieniczych na zewnątrz. Założyłem sobie więc następujący plan: odszukanie przetok łączących ognisko w kości mostkowéj z opłucną, a względnie z kawerną, wyskrobanie ogniska w kości mostkowéj, a względnie resekcyja kości mostkowéj, wyskrobanie przetok a względnie kawerny, drenowanie i przepłukiwanie kwasem borowym kawerny. Przetoki do opłucnéj i do kawerny nie znaleziono; ograniczono się do wyłyżeczkowania kości mostkowéj i ropni na szyi. Przytem przekonano się, że resekcyja mostka byłaby w tym przypadku niemożliwą z powodu znacznego rozszerzenia naczyń żylnych i krwotoku znacznego z kości. Stan znaleziony przy nekroskopii przekonał nas, że usunięcie doszczętne ognisk chorobowych w tym przypadku było niemożebnem.

O ile mi wiadomo, próbowali jedynie Rydygier[1]) i N. Weliaminów[2]) otwarcia kawern promieniczych. Oba przypadki dotyczyły kobiet. W przypadku Weliaminowa kawerna była powierzchowną i po odsłonięciu jéj przez resekcyję żebra i wyskrobanie nastąpiło ogólne polepszenie i chora żyła jeszcze $1\frac{1}{2}$ roku. W $1\frac{1}{2}$ roku jednak od czasu wykonania operacyi obok przetok po operacyi pozostałych znaleziono nowy ropień na klatce piersiowéj w miejscu dawniéj przedsięwziętéj operacyi. Ostateczny wynik przypadku Rydygiera jest mi nieznany.

Przypadek Weliaminowa zachęcałby do operacyi kawern promieniczych w płucu, powierzchownie położonych w przypadkach niezbyt zadawnionych, a to celem przedłużenia życia chorych. Na podstawie przebiegu dotych-

---

[1]) *Wiadomość prywatna.*

[2]) *Wracz* 1890, Nr. 42, str. 967 i ref. w *Annals of Surgery*, Vol. XIII, Nr. 3, *Mars* 1891, str. 211.

czas znanych przypadków promienicy płuc (około 50-ciu), z których większość zakończyła się śmiercią chorych i na podstawie wyniku oględzin pośmiertnych w tych przypadkach muszę jednak wypowiedzieć zdanie, że promienica płuc nie nadaje się zazwyczaj do radykalnego zabiegu chirurgicznego i że przy propagacyi choroby na ściany klatki piersiowéj, zmiany w ustroju są tak rozległe i choroba zajęła już zazwyczaj tak ważne narządy, że na zabieg żaden kusić się nie należy:

Jeżeli sprawa chorobowa ograniczałaby się do oskrzeli (jedyny znaczny przypadek Carnalégo) wskazane byłyby wdychiwania z olejku terpentynowego, których korzystny wpływ zauważył Carnali [1]). Również w przypadkach z zajęciem miąższu płucnego należałoby stosować wdychiwania bądź to z olejku terpentynowego, bądź z środków alkalicznych.[2])

Przypadek nasz odznacza się brakiem przerzutów w innych narządach wewnętrznych, które w większości przypadków stwierdzono, jako też tą okolicznością, że ustrój naszego chorego stanowił żyzną glebę dla dwóch ciężkich pasorzytów ustroju: wągrowca i grzybka promieniczego.

Skrawki pochodzące z utkania płuca prawego przedstawiały pod drobnowidem obraz podobny do obrazu opisanych przypadków promienicy płuc. Utkanie płuca jest zamienione w przeważnéj części w tkankę łączną zbitą, zawierającą obfite złogi barwika czarnego, w któréj zupełnie alweolarnéj budowy rozróżnić nie można. Miejscami jest utrzymana budowa alweolarna, ale przestwory międzyalweolarne złożone są z masy ziarnistéj słabo albo wcale nie zabarwionéj. W tkance téj nie można wykazać śladu *actinomyces*.

[1]) *Rivista clinica di Bologna* 1882, za wrzesień i październik str. 588.

[2]) Por. przypadek Kuszewa, *Wracz* 1888, Nr. 19.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ r. 1891 Nr. 25 i 26.

Kraków, 1891. — Drukarnia Uniw. Jagiell. pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.